

ЕСТЬ ЛИ БУДУЩЕЕ У ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ?

Белялов Ф.И.

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России, 664079 Иркутск

Стандартизация диагностических и лечебных подходов все шире внедряется во врачебную практику. Наряду с очевидными преимуществами такой подход не позволяет в ряде случаев подобрать эффективное и безопасное лечение. Быстроразвивающаяся персональная медицина может преодолеть недостатки стандартизации.

DOES PERSONALIZED MEDICINE HAVE A FUTURE?

Belyalov F.I.

Irkutsk State Medical Academy of Post-Graduate Education, Irkutsk, Russia

Standardization of diagnostic and therapeutic methods finds an increasingly wider application in clinical practice. Despite obvious advantages of this approach, it sometimes does not ensure the choice of efficacious and safe treatment. Rapidly developing personalized medicine may be instrumental in overcoming drawbacks of standardization.

Унификация лечебного процесса все шире используется в отечественной медицине в форме стандартов и рекомендаций в рамках реформирования здравоохранения. Такой подход является фундаментальным принципом организации человеческой деятельности, включая промышленное производство и работу органов управления.

Несмотря на то что внедрение стандартов и рекомендаций в медицинскую практику нередко встречает сдержанную оценку врачей, нельзя не признать, что такой подход имеет ряд преимуществ.

Действия в рамках предписанной программы снижают требования к квалификации работника, позволяют во многих случаях избежать грубых ошибок, уменьшают затраты ресурсов и время принятия решения, делают возможным систематическое совершенствование лечебных алгоритмов и схем, облегчают планирование и организацию медицинской службы, позволяют упростить оценку качества медицинской помощи. Программное обеспечение компьютеров и мобильных устройств повышает эффективность систем, основанных на правилах и алгоритмах.

Нередко специалисты по управлению здравоохранением считают, что заветы классиков клинической медицины, призывающих лечить больного пациента с его особенностями, а не абстрактное заболевание по предписанным схемам, не соответствуют современному уровню организации общества и не вписываются в концепцию развития отечественного здравоохранения.

Вместе с тем практикующим врачам очевидны проблемы и ограничения, присущие стандартизации. Использование предписанного набора диагностических и лечебных решений не всегда позволяет точно устано-

вить диагноз, особенно нечасто встречающихся заболеваний, выбрать оптимально лечение в сложных условиях, избежать осложнений, максимально улучшить качество жизни. Существующие стандартные схемы не предусматривают эффективного ведения пациентов в условиях неопределенности в диагнозе, проблем с переносимостью или совместимостью препаратов, не учитывают предпочтений пациента и особенностей врача, частого сочетания нескольких заболеваний.

В последнем случае, если у пожилого пациента с несколькими заболеваниями выполнять существующие стандарты и рекомендации по каждому заболеванию в полном объеме, то неизбежен прием большого количества медикаментов с плохо поддающимся оценке взаимодействием лекарственных препаратов и значительным повышением риска побочных эффектов. Как следствие полипрагмазии существенно снижается приверженность к лечению.

Стереотипное лечение встречает сдержанную оценку пациентов и порождает поиск альтернативных медицинских подходов, которые обычно подчеркивают индивидуальную направленность лечения. Затраты пациентов на альтернативное лечения составили 11% от наличных трат на амбулаторное лечение в Соединенных Штатах Америки [1].

В клинических рекомендациях наивысший уровень доказательности присваивается данным нескольких рандомизированных контролируемых исследований, однако такие исследования ограничивают набор пациентов многочисленными критериями включения и исключения. Нередко результаты лечения в проспективных когортных исследованиях пациентов в реальной жизни отличаются от таковых в рандомизированных

испытаниях. Метаанализы часто объединяют разнородные исследования, а выводы могут существенно отличаться от результатов включенных исследований.

Данные post-hoc-анализа подгрупп пациентов в рандомизированных контролируемых исследованиях нередко показывают существенные различия эффекта препаратов и даже повышение риска жизнеопасных событий при достоверном положительном эффекте препарата для всей группы. Такой анализ обычно сопровождается указанием на осторожность в оценке результатов и не используется в основных положениях рекомендаций. В то же время если подобные отклонения наблюдаются в других исследованиях, то к этим данным следует относиться с соответствующим вниманием.

Важно отметить, что эксперты профессиональных организаций, разрабатывающие клинические рекомендации, подчеркивают необходимость индивидуального подхода. Например, в отечественных рекомендациях по сердечной недостаточности отмечено: «... поскольку изложенные в рекомендациях выводы основываются на результатах исследований, полученных в определенных выборках пациентов, они не могут заменить индивидуальный подход к лечению отдельных больных, уникальных по своим личностным, генетическим, медицинским и другим характеристикам. В каждом клиническом случае врач вправе сделать самостоятельный выбор: целесообразно ли точно следовать рекомендациям или с учетом существенных факторов требуется выбрать иное решение, отличное от усредненного подхода. Высшим критерием такого выбора всегда должна оставаться ожидаемая польза для конкретного пациента».

Учет особенностей течения заболевания, пола, возраста, семейного анамнеза, предпочтений пациента и опыта врача может существенно повысить эффективность и безопасность принимаемых решений. Например, назначение варфарина пожилому пациенту с фибрилляцией предсердий из группы невысокого риска и лабильными показателями коагулограммы, проживающему в местности, где не проводится анализ международного нормализованного отношения, или у которого отмечаются частые падения, требует взвешенного решения. У пациентов с повторными инфарктами мио-

карда обычно проводится традиционное противотромботическое лечение, несмотря на очевидные признаки неэффективности. Не всегда врачи учитывают возможность инфаркта миокарда, обусловленного некоронарогенными факторами (типа II), который не связан с разрывом атеросклеротической бляшки и коронарным тромбозом.

В то же время индивидуальный подход не лишен недостатков, включая большие затраты времени на принятие решения, сложности планирования затрат, трудности контроля качества и эффективности лечения, высокие требования к профессиональной подготовке врачей. Использование фармакогенетического тестирования также не всегда приносит ожидаемый результат, например два основных гена, влияющих на метаболизм варфарина, объясняют лишь наполовину вариативность дозы препарата [2].

Сравнение подходов к ведению пациентов, основанных на стандартах, с индивидуализированным лечением должно быть проведено на основе принципов доказательной медицины. Таких исследований проведено пока еще недостаточно, однако их число увеличивается и персональный подход показывает свое превосходство при профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, контроле артериальной гипертензии, лечении сердечной недостаточности [3—5].

Медицинская наука все активнее разрабатывает различные аспекты индивидуального подхода к пациентам, который должен основываться в большей степени на изученных закономерностях, а не на интуиции и опыте врача. К таким направлениям можно отнести гериатрию, коморбидность, психосоматику, хрономедицину, фармакогенетику, прогностическую, географическую и гендерную медицину. Появился журнал персональной медицины (Personalized Medicine), в котором значительная часть работ посвящена генетическим методам индивидуальной фармакотерапии.

Таким образом, несмотря на преимущества, стандартизированному подходу в лечении пациентов присущи очевидные недостатки, которые могут быть преодолены в более совершенной концепции медицинской практики.

Сведения об авторе:

Белялов Фарид Исмагильевич, e-mail: fbelyalov@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Nahin R.L., Barnes P.M., Stussman B.J., Bloom B. Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, no 18. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2009.
2. Sconce E.A., Khan T.I., Wynne H.A. et al. The impact of CYP2C9 and VKORC1 genetic polymorphism and patient characteristics upon warfarin dose requirements: proposal for a new dosing regimen. *Blood*. 2005; 106: 2329—33.
3. Widmer R.J., Allison T.G., Keane B. et al. Using an online, personalized program reduces cardiovascular risk factor profiles in a motivated, adherent population of participants. *Am. Heart J.* 2014; 167: 93—100.
4. Weiner S.J., Schwartz A., Sharma G. et al. Patient-centered decision making and health care outcomes. An observational study. *Ann. Intern. Med.* 2013; 158: 573—9.
5. Ekman I., Wolf A., Olsson L.E. et al. Effects of person-centered care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur. Heart J.* 2012; 33: 1112—9.

Поступила 16.03.14
Received 16.03.14